

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**С.А. Бычков**

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней

### РЕЗЮМЕ

Автором приводится опыт выполнения 162 симультанных операций с использованием лапароскопических технологий при сочетании холецистолитиаза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Автором сделаны следующие выводы: при сочетании холецистолитиаза с другой патологией со стороны органов брюшной полости возможно выполнение симультанной лапароскопической операции, что позволяет избавить больного от риска повторной хирургической агрессии. Разработанные методы лапароскопической криоваготомии и трансплантации островковых клеток поджелудочной железы являются эффективными в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и достижении длительной компенсации сахарного диабета.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** холецистолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, симультанные операции

Постановка проблемы в общем виде. За последнее десятилетие видеолапароскопические вмешательства на органах брюшной полости получили повсеместное распространение в мире. Таких стремительных темпов развития не имел ни один из хирургических методов. Небольшой оперативный доступ, малая травматизация, абактериальность операции, широкие возможности инструментальной ревизии, щадящая техника, снижение риска возникновения различных послеоперационных осложнений, кратковременность периодов реабилитации, возвращение к нормальному образу жизни и трудоспособности, а также выраженный косметический эффект сразу же привлекли внимание хирургов к лапароскопическим оперативным вмешательствам. О целесообразности выполнения симультанных операций (СО) при лечении сочетанных заболеваний органов брюшной полости неоднократно подчеркивалось в работах отечественных и зарубежных авторов [1, 2, 3, 4].

Выполнение плановых СО позволяет заранее включить в операционную бригаду хирурга, способного выполнить оперативное вмешательство в полном объеме. Кроме того, еще до операции имеется возможность решить некоторые юридические аспекты этой проблемы, в частности, получить согласие больного на выполнение второго вмешательства.

Связь проблемы с важными научными или практическими заданиями. Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина "Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких тем-

ператур в лечении больных желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки" № государственной регистрации 0100U005308.

Анализ последних исследований и публикаций. В публикациях последних лет стали встречаться сообщения о симультанных операциях с использованием видеолапароскопической техники [5, 6, 7]. Авторы этих наблюдений отмечают, что выполнение СО позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и предупредить прогрессирование взаимообусловленной патологии.

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. Нами не найдено работ, посвященных комплексному исследованию возможностей использования видеолапароскопической техники при хирургической коррекции сочетанной патологии органов брюшной полости. Не решены окончательно вопросы о показаниях и противопоказаниях к выполнению лапароскопических СО, объёме дооперационного и интраоперационного обследования, сроках проведения операции, особенностях анестезиологического пособия, технических принципах и организационных вопросах лечения сочетанной патологии органов брюшной полости с использованием видеолапароскопических технологий. В доступной литературе практически отсутствуют сведения об отдаленных результатах лапароскопических СО.

В этой связи проблема использования лапароскопических СО в лечении холелитиаза и сопутствующей патологии органов брюшной полости выходит за рамки чисто хирургического аспекта изучения этого вопроса и раскрывает перспективные новые направления для работы хирурга.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности проведения СО с использованием лапароскопических технологий при сочетании холецистолитиаза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике выполнено 2852 лапароскопических холецистэктомии (ЛХЭ) по поводу желчнокаменной болезни. У 162 больных при сочетании холецистолитиаза с другими заболеваниями органов брюшной полости проведена хирургическая коррекция сочетанной патологии, что составило 5,7%. Среди больных, которым выполнены СО, женщин было 116, мужчин – 46. Возраст больных был от 19 до 76 лет.

Мы использовали следующую классификацию симультанных операций: плановые и неотложные, заранее планируемые и неожиданные. У 156 больных СО были заранее планируемые и у 26 – неожиданные. В плановом порядке ЛХЭ выполнена 126 больным, из них 108 с неосложнённым калькулезным холециститом и у 18 с холедохолитиазом, которым предварительно выполнялась эндоскопическая санация холедоха. По поводу острого калькулезного холецистита было оперировано в ургентном порядке 36 больных.

Показанием к выполнению СО являлось наличие у больного двух и более заболеваний, требующих хирургической коррекции. Кроме холецистолитиаза, явившегося показанием к ЛХЭ, у больных была выявлена следующая сопутствующая патология: у 69 больных имелись брюшные грыжи, у 41 – спаечная болезнь, у 21 – фиброматоз матки, у 15 – сахарный диабет, у 8 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и у 8 – солитарные кисты печени.

При оценке возможности выполнения СО учитывали временной фактор вмешательства и необходимость предотвращения взаиминфицирования тканей, возникновение трудностей во время хирургической коррекции основного заболевания и осложнения анестезиологического пособия.

У 3 больных, которые не вошли в группу изучаемых больных, пришлось отказаться от выполнения СО, так как при выполнении ЛХЭ возникли технические трудности, которые значительно увеличили продолжительность операции. Выполнение СО сочли нецелесообразным из-за неоправданного повышения операционного риска.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных с пупочной грыжей (46 боль-

ных) карбперитонеум накладывался через параумбиликальный разрез выше пупочного кольца, выполнялась ЛХЭ по общепринятой методике, ликвидировалась пупочная грыжа. Через образовавшееся отверстие в апоневрозе извлекался желчный пузырь, после чего осуществлялась пластика грыжевых ворот по Сапежко. При вентральных послеоперационных грыжах (23 больных) после ЛХЭ выполнялось грыжесечение с последующей пластикой аутодермальным лоскутом по Янову.

Большой удельный вес составили больные с раннее перенесенными оперативными вмешательствами на органах брюшной полости (352 больных, что составляет 12,3% от общего числа ЛХЭ).

Вероятность выполнения лапароскопических вмешательств у больных, в анамнезе которых имеются операции на органах брюшной полости, требует точной диагностики висцеро-париетальных спаек.

При определении вероятности наличия спаек в брюшной полости учитывали данные анамнеза, клиническую картину, характер и локализацию послеоперационных рубцов и результаты ультразвукового исследования (УЗИ). При УЗИ обращали внимание на характер смещения париетального и висцерального листков брюшины, которое в норме имеет скользящий характер и при форсированном вдохе взаимная экскурсия листков брюшины составляет 3-5 см.

При спаечном процессе наблюдается отсутствие или ограничение подвижности париетального и висцерального листков брюшины, также может наблюдаться симптом "пружины" – обратное возвращение вовлеченной в спаечный процесс зоны за счет эластических свойств спаек.

На основании дооперационного обследования у 33 больных спаечный процесс был диагностирован до ЛХЭ и у 8 он явился операционной находкой.

У больных со спаечной болезнью первый троакар вводился открытым методом по Hasson, после лапароскопического рассечения спаек выполнялась ЛХЭ, операцию завершали введением в брюшную полость полири-зующей смеси.

Рецидивов спаечной болезни у оперированных нами больных на протяжении 16-24 мес после операции не наблюдали.

У больных при сочетании холецистолитиаза с фиброматозом матки (21 больная) первым этапом операции выполнялась ЛХЭ, которая завершалась перемещением желчного пузыря в малый таз, после чего выполнялась надвлагалищная ампутация матки лапаротомным доступом с предварительным из-

влечением желчного пузыря из брюшной полости.

При выполнении ЛХЭ 15 больным сахарным диабетом была произведена ксенотрансплантация культуры криоконсервированных островковых клеток поджелудочной железы (ОКПЖ). Давность заболевания диабетом составляла от 3 до 15 лет. 11 больных страдали сахарным диабетом тяжелой формы и у 4 больных был сахарный диабет средней тяжести.

Для трансплантации использовались криоконсервированные ОКПЖ, технология получения которых разработана в отделе криохирургии Института проблем криобиологии и криомедицины АН Украины (г. Харьков).

Учитывая, что сахарный диабет существенно увеличивает риск хирургического вмешательства и анестезии, во время подготовки больных к выполнению плановой ЛХЭ назначали адекватное лечение для достижения стойкой компенсации сахарного диабета.

Оперативное вмешательство выполняли из 4 троакарных точек, необходимых для проведения ЛХЭ. Ксенотрансплантация выполнялась после ЛХЭ путем введения под контролем лапароскопа культуры криоконсервированных ОКПЖ в круглую связку печени, большой и малый сальник, предбрюшинную клетчатку и непосредственно в паренхиму поджелудочной железы. Всем больным производилась однократная трансплантация с равномерным распределением дозы по всем точкам введения.

Одним из объективных критериев действия ОКПЖ было снижение доз вводимого инсулина на 45-75% от начальной дозы у больных сахарным диабетом тяжелой формы и отказ от приема сахароснижающих пероральных препаратов у больных сахарным диабетом средней тяжести.

Трансплантация позволила стабилизировать течение СД в течение 9-12 месяцев. В дальнейшем отмечается ослабление эффекта, что требует повторных трансплантаций.

Довольно частое сочетание желчнокаменной болезни с язвенной болезнью двенадцатиперстной послужило основанием для выполнения СО у 8 больных. Показанием к лапароскопической ваготомии служили неэффективность консервативной терапии в течение года и рецидивирующее течение заболевания при отсутствии осложнений (стеноз, каллезная язва, кровотечение).

Первым этапом СО выполнялась ваготомия. Учитывая, что лапароскопическая ваготомия, более технически сложный этап данной симультанной операции троакары устанавливались в стандартных точках (5 троакарных доступов) для выполнения лапаро-

скопической ваготомии.

У больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выполнялась лапароскопическая задняя стволовая ваготомия и передняя криосерозомиотомия по предложенному нами методу.

Во всех случаях осуществлялся обязательный интраоперационный pH-метрический контроль адекватности ваготомии, при котором выявлено изменение pH желудочного сока от 3,4-3,9 в начале операции до 6,3-6,5 в ее конце. После выполнения ваготомии производилась ЛХЭ.

Наш небольшой опыт применения лапароскопической криоваготомии у больных с дуоденальной локализацией язв выявил ее эффективность, малую травматичность, значительное подавление желудочной секреции, невыраженность болевого синдрома и моторно-эвакуаторных послеоперационных нарушений, техническую быстроту исполнения. В течение 3 лет наблюдения рецидивов язв не выявлено.

У 8 больных СО выполнены по поводу кист печени и холецистолитиаза. Диаметр кист печени составлял от 5 до 11 см, из них 5 кист локализовались в правой доле печени и 3 – в левой доле печени. Все кисты печени были солитарные.

У больных с солитарной кистой печени первым этапом выполнялась ЛХЭ с последующей лапароскопической резекцией кист печени. Выступающую часть оболочки кисты иссекали после предвагитальной пункционной аспирации содержимого. Результаты лечения прослежены в сроки от 8 месяцев до 2 лет под контролем УЗИ. Рецидивов не выявлено. Среднее время симультантных операций составило 65 минут, интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Через 5-9 дней после операции больные выписывались из клиники, трудоспособность восстанавливалась через 10-15 дней.

## ВЫВОДЫ

1. При сочетании холецистолитиаза с другой патологией со стороны органов брюшной полости возможно выполнение симультантных лапароскопических операций.
2. Расширение объема операции возможно, если позволяет соматический статус больного и без серьезных осложнений прошел этап операции по поводу основного заболевания.
3. Выполнение лапароскопических симультантных операций при незначительном увеличении продолжительности вмешательства позволяет избавить больного от риска повторной хирургической агрес-

- сии.
4. Разработанные методы лапароскопической криоваготомии и трансплантации ОКПЖ являются эффективными методами лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и достижения длительной компенсации сахарного диабета, что позволяет их использовать в качестве одного из этапов при выполнении лапароскопической симультанной операции.

Перспективы развития исследований в данной области хирургии состоят в расширении арсенала лапароскопических оперативных вмешательств, которые могут быть использованы при выполнении симультанных оперативных вмешательств, что позволит улучшить результаты лечения больных с сопутствующей патологией органов брюшной полости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В., Криворучко І.А., Малоштан О.В. // Харківська хірургічна школа. 2002. № 3. С.5-9.
2. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., и др. Видеолапароскопические операции в хирургии и гинекологии. -К.: Здоров'я. 2000. 304 с.
3. Розин Д. Малоинвазивная хирургия. -М.: Медицина. 1998. 280 с.
4. Fujisaki S., Saiton Y., Tomita R., et al. // J. Laparoscopic Adv.Surg. Tech. 2001. Vol. 11 (4). P. 219-222.
5. Брагин В.В., Борзенко Б.В. // Клін.хірургія. 1995. № 3. С. 11-13.
6. Дахнов С.І., Каштальян М.А., Мамбик П.Г., и др. // Шпитальна хірургія. 2001. № 2. С. 40-42.
7. Goldstein S.L., Matthews B.D., Sing R.F., et al. // J. Laparoscopic Adv.Surg. Tech. 2001.Vol. 11 (4). P. 183-186.

## ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

**С.О. Бичков**

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, кафедра хірургічних хвороб

#### РЕЗЮМЕ

Автором наводиться досвід виконання 162 симультанних оперативних втручань із застосуванням лапароскопічних технологій при наявності холецистолітіазу та інших захворювань органів черевної порожнини.

Автором зроблені наступні висновки: при поєднанні холецистолітіазу з іншою патологією з боку органів черевної порожнини можливе виконання симультанних лапароскопічних операцій, що дає змогу позбавити хворого від ризику повторної хірургічної агресії; розроблені методи лапароскопічної криоваготомії та трансплантації острівцевих клітин підшлункової залози є ефективними в лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та досягненні тривалої компенсації цукрового діабету.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** холецистолітіаз, лапароскопічна холецистектомія, симультанні операції

## SURGICAL CORRECTION OF ACCOMPANYING PATHOLOGY THE ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY UNDER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

**S.A. Bychkov**

V.N. Karazin Kharkiv National University, Department of surgical diseases

#### SUMMARY

Author brings the experience of making 162 simultaneous operations with the use of laparoscopic technologies at combination of cholecystolithiasis with other diseases the organs of abdominal cavity.

Author made the following conclusions: at combination of cholecystolithiasis with other pathology from the part of abdominal cavity there is a possibility of making simultaneous laparoscopic operation that allow to relieve the patient from risk of repeated surgical aggression; the invented methods of laparoscopic criovagotomy and transplantations of islandal cells of pancreas are efficient in treatment of peptic ulcer of duodenum and in achievement of durable compensation of diabetes mellitus.

**KEY WORDS:** cholecystolithiasis, laparoscopic cholecystectomy, simultaneous operations